

## علاقة اضطراب الصمت الانتقائي باضطراب القلق لدى الأطفال من وجهة نظر الوالدين

إعداد/

سمية حمدي عبد المولى

باحثة ماجستير قسم علم النفس – جامعة طنطا

أ.د / أحمد عبد الفتاح عياد

أستاذ علم النفس الإكلينيكي ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب\_ جامعة طنطا

د / طارق محمد فوزى

المدرس بقسم علم النفس بكلية الآداب\_ جامعة طنطا

### المستخلص :

تهدف الدراسة الحالية إلى توضيح العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي باضطراب القلق لدى الأطفال من وجهة نظر الوالدين ، وأجريت الدراسة على عينة قوامها ( ٣ ) أطفال ممن شُخصوا باضطراب الصمت الانتقائي Selective Mutism بمستشفى المعمورة للطب النفسى وفقاً لمعايير الدليل التشخيصى الأمريكى الخامس (DSM-IV) ، تراوحت أعمار العينة ما بين ( ٥ : ٨ ) سنوات ، بمتوسط ( ٦,٥ ) ، ولتحقيق هدف البحث استخدمت الباحثة الأدوات الآتية : . النسخة الأسبانية من استبيان الصمت الانتقائي Spanis version fo Selective Mutism Questionnaire (SMQ) ، وأسئلة مقياس القلق في اختبار كونرز ، والدليل التشخيصى الخامس (DSM-IV) والمقابلة الإكلينيكية ، وبعد عرض التعريفات و النسب الإحصائية والأعراض والتشخيصات الفارقة والأساليب العلاجية لكل من اضطراب الصمت الانتقائي واضطراب القلق، أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود علاقة إرتباطية إيجابية بين اضطراب الصمت الانتقائي واضطراب القلق من وجهة نظر الوالدين ، وقد استخدمت الباحثة المنهج الارتباطى ، وقامت الباحثة بتفسير النتائج في ضوء الأطر النظرية والدراسات السابقة .

الكلمات الإفتتاحية : اضطراب الصمت الانتقائي – اضطراب القلق – الوالدين.

## الفصل الأولي : مدخل الى الدراسة

### المقدمة :

الصمت الانتقائي (SM) Selective Mutism هو كيان تشخيصي راسخ يعود إلى القرن التاسع عشر ، وهو حالة نادرة مثيرة للاهتمام مرتبطة بمجموعة متنوعة من الإضطرابات النفسية للأطفال، كانت التصورات المبكرة لوصف الاضطراب يعتمد بشكل كبير على دراسات الحالة التي تميل إلى ربط SM بالسلوك المعارض والخجل والمشاعر الرقيقة ، مما قد يمثل مقدمة لظهور الحالة ، وبمجرد وجودها تستمر SM عادة لبضعة أشهر أو لعدة سنوات (William G, Colleen Sherman & Alan M. Gross1, 2010) ، إن معدلات انتشار SM أعلى بكثير بين الأطفال من البالغين وتعتبر SM نادرة لدى البالغين ، وعلى الرغم من أن قلة الكلام غالبا ما يصاحب القلق الاجتماعي لدى البالغين ، كما أشار جاراسيا وآخرين (Garcia , Freeman, Francis, Miller, & Leonard , 2004) إلا أن عدم وجود الصمت الإنتقائي لدى البالغين مرتبطاً بحقيقة أن البالغين يمكنهم التحكم بسهولة في بيئتهم وتجنب المواقف التي يكون فيها التحدث مطلوباً، إن الحالات التي يتم فيها "علاج" الصمت الإنتقائي " ، فإن الأفراد غالباً ما يستمروا في النضال مع أعراض الخجل والقلق الاجتماعي في مرحلة المراهقة والبلوغ كما أشارت دراسة ( Joseph , P.R, 1999 ) وهي دراسة تتبعية لعينة من ٤١ شاباً من البالغين الذين تم تشخيص إصابتهم بـ SM وهم أطفال أن ٦٠٪ من العينة استمروا في النضال مع الثقة بالنفس والاستقلالية والإنجاز ومهارات التواصل الاجتماعي .

### أولاً: مشكلة الدراسة :

على الرغم من توثيق اضطراب الصمت الإنتقائي جيداً إلا أنه لا يزال غير مفهوم بشكل واضح ، ويستمر الجدل حول تصنيفها ومسبباتها بشكل عام ، ويمكن أن يعزى سوء الفهم هذا إلى الندرة النسبية لـ SM مقارنة باضطرابات الطفولة الأخرى (Standart & Couteur, 2003) ، إن ربط SM من الناحية التصنيفية باضطرابات القلق قد يساعد في الإرشاد وتركيز جهود التقييم والبحث والعلاج في المستقبل ، من وجهة نظر (Ford , Sladesczek, Carlson, & Krochwell, 1998) ، وقد لمح بأن هناك حاجة قوية لتطوير بروتوكول تقييم خاص بـ SM يشتمل على المعلومات فيما يتعلق بعلاقة SM بالقلق الاجتماعي وأيضا الصفات المزاجية الشائعة والحالات المرضية أو الظروف التفاضلية (على سبيل المثال ، اضطرابات الكلام / اللغة ؛ تأخر النمو).

وتشير معظم التقارير المبكرة لدراسات الحالة على أن من الأفضل تصور SM على أنها اضطراب القلق ، وعلى الرغم من ذلك فإن بعض الدراسات تُظهر نتائج عكسية ، فقد أظهرت دراسة ( Steinhausen & Juzi, 1996) أن ٨٥% من أطفال عينة الدراسة لديهم خجلاً مقابل ٦٦% لديهم أعراض قلق كبيرة مثل قلق الانفصال ، وقد أشارت دراسة كل من (Cunningham C.E., McHolm, A., Boyle, M.H., & Ford et.al, 1998) (Patel, S I., 2004) أن عينة من ٥٢ طفلاً مصاباً بـ SM كانوا أكثر قلقاً ووسواساً ولديهم أعراض نفسجسمية Psychosomatic مقارنة بعينة مجتمعية من ٥٢، من نفس العمر .

وتشير الدراسات الوبائية الحديثة إلى أن سن ظهور المرض قد حدث قبل سن الخامسة ، مع تقديرات تتراوح من ٢.٧ سنوات إلى ٤.١ سنوات ( Garcia et al., 2004 ) ، على الرغم من وجود آراء أخرى تؤكد أن تشخيص

SM لا يتم حتى يدخل الطفل إلى النظام المدرسي ، بعد اعتياده فترة كبيرة الانخراط في المحادثات مع أفراد الأسرة في بيئة المنزل (Standard & Couteur,2003)

إن الغرض من الورقة الحالية هو مراجعة التصور الاكلينيكي لـ SM ، بما في ذلك معايير التشخيص ، والانتشار ، والمسببات ، بالإضافة إلى تسليط الضوء بإيجاز على الأدلة المتعلقة بعلاقة اضطراب SM باضطراب القلق لدى الأطفال ، ومن هنا كانت الحاجة ملحة لإلقاء الضوء حول هذا الاضطراب وتفسير أسبابه

### يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل التالية :

١. هل يوجد ارتباط إيجابي بين اضطراب الصمت الانتقائي واضطراب القلق لدى الأطفال من وجهة نظر الوالدين؟

### ثالثا : أهداف الدراسة : تهدف الدراسة الحالية إلى :

١. التعرف على اضطراب الصمت الانتقائي (SM) أسبابه وعلاماته وكيفية تشخيصه وطبيعة العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي واضطراب القلق لدى الأطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي

٢. تفسير نتائج الدراسة

٣. التنبؤ بوجود العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي واضطراب القلق لدى الأطفال

٤. الوقاية المبكرة من ظهور أعراض الصمت الانتقائي لدى الأطفال

### رابعا : أهمية الدراسة :

ترجع أهمية الدراسة الحالية إلى ما يلي :

#### الأهمية النظرية:

١. إلقاء الضوء على أهمية العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي واضطراب القلق لدى الأطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي عموما والطفل موضوع الدراسة خصوصا

#### الأهمية التطبيقية :

٢. تنفيذ في إعداد برامج علاجية لاضطراب الصمت الانتقائي والتخفيف من حدة القلق بكافة أنواعه من أجل تحقيق توافق نفسي واجتماعي

٣. توعية الأخصائيين النفسيين والمعلمين والعاملين بمجال الأطفال بذلك الاضطراب والتشخيص المبكر له بهدف التدخل وتقديم الدعم النفسي لهم

### خامسا : التعريفات الاجرائية لمصطلحات الدراسة :

الصمت الانتقائي : هو الاضطراب الذى يُقاس في استبيان الصمت الانتقائي المُطبق في الدراسة الحالية ويظهر في الدرجة التي يحصل عليها الطفل

القلق : هو ما يكشفه اختبار لقياس القلق

### الفصل الثانى : رؤية نظرية وعرض تحليلي ودلائل بحثية لمفاهيم الدراسة

#### أولا : اضطراب الصمت الإنتقائى :

##### • تعريفه :

الفشل المستمر في التحدث في مواقف اجتماعية محددة يكون فيها الكلام متوقع عادةً (كما في المدرسة مع زملاؤه) ، على الرغم من التحدث في مواقف أخرى ، وهي السمة الأساسية لـ SM (ABA, 1994)، على سبيل المثال ، عادة ما ينخرط الأطفال الذين يعانون من SM في معدلات المحادثة العادية مع الوالدين والأشقاء في بيئة المنزل ، ولكن لا يتحدثون إلى المعلم أو الزملاء عند دخولهم المدرسة

ويُعرفه (جابر عبد الحميد وعلاء الكفافي ، ١٩٩٠) بأنه اضطراب نادر يحدث في مرحلة الطفولة يتميز بالرفض المستمر للحديث في معظم المواقف الاجتماعية بما فيها مواقف الدراسة على الرغم من قدرة الطفل على الكلام وعلى فهم اللغة ولا يحدث اى من الاضطرابات الجسمية او العقلية الأخرى

ويتفق مع هذا التعريف كل من ( محمود حمودة ، ١٩٩١) و ( عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٢) و ( خليل فاضل ، ١٩٩٦)

##### • أسبابه :

قام عدد من الدراسات في الآونة الأخيرة بالتحقيق في مسببات SM ، فكتشفت العديد من دراسات الحالة إلى التأكيد على أن أسباب SM هي أن الطفل يكون معارضا ولديه تحدى طبيعه ، وغالبًا ما يميز أطفال SM صفات مثل الملاوغة و / أو السيطرة والسلبية والعند و / أو العدوانية، (Dummit et al., 1997) ، وهو ما أكده العديد من الأطباء الأوائل أن الأطفال الذين يعانون من SM كانت تختار عدم التحدث بسبب التحدي الكامن و / أو الرغبة في التلاعب بالناس والبيئة (Manassis K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L, Fiksenbaum, L., & McInnes., 2003

أرجع عدد من دراسات الحالة إلى أسباب مختلفة لـ SM ، و ربطت النظريات المختلفة أسباب SM بالعوامل الديناميكية النفسية والأسرية والخلل الوظيفي ، ومشاكل النمو العصبي ، والرهاب الاجتماعي في مرحلة الطفولة ، والسلوك المعارض (Anstendig, 1999)

تعزو اثنين من النظريات المسببة الأكثر ذكرا على نطاق واسع سمة الشرط إما إلى السلوك المعارض أو القلق الاجتماعي ، وأكد العديد من الأطباء الأوائل أن الأطفال الذين يعانون من SM كانت تختار عدم التحدث بسبب التحدي الكامنة و / أو الرغبة في التلاعب بالناس والبيئة (Manassis et al., 2003)

وهناك دراسات أخرى تصف الأطفال الذين يعانون من SM بأنهم عصاه ، عنيدون ، متحكمون ومسيطرون، متلاعبون، وسليبيون وعدوانيون (Dummit et al., 1997)

#### • معايير تشخيصه:

تحدد معايير التشخيص (DSM-IV , 1994) أن الاضطراب يجب أن:

(١) ألا يكون نتيجة لعجز عضوي في فهم اللغة أو نقص المعرفة أو الارتياح "الراحة" مع اللغة المنطوقة في الوضع الاجتماعي

(٢) التدخل في التعليم أو الإنجاز المهني أو التواصل الاجتماعي

(٣) يستمر لشهر واحد على الأقل ، لا يشمل الشهر الأول من المدرسة ( حيث قد يكون الطفل خجولا ومترددا في الكلام)

(٤) لا يتم تفسيره بشكل أفضل من خلال الإحراج المرتبط باضطرابات التواصل مثل التلعثم أو لا يحدث حصرياً أثناء اضطراب النمو الشامل ، الفصام أو اضطرابات ذهانية أخرى. وأخيرا ، على الرغم من أن استخدام اللفظي التواصل غائب في بعض المواقف الاجتماعية، إلا أن التشخيص لا يستبعد الآخرين أشكال الاتصال ، مثل الإيماءات ، أو هز الرأس ، أو الشد أو الدفع ، أو الشخير، هذا تمييز مهم ، نظراً لأن الأطفال الذين يعانون من SM غالباً ما يعتمدون على أشكال الاتصال البديلة للعمل في المدرسة أو بيئة المجتمع

#### • إحصائيات اضطراب الصمت الانتقائي:

على الرغم من استمرار الجدل حول أرقام الانتشار الدقيقة ، إلا أنه من المتفق عليه عموماً أن SM اضطراب نادر ، مع تقديرات تتراوح من ٠.٠٣ إلى ٠.٢٪ ، وقد أفادت الدراسات الوبائية المجتمعية المبكرة عن معدلات انتشار متسقة إلى حد ما أقل من ١٪ من الأطفال في سن المدرسة يستوفون معايير التشخيص، فمثلاً، أفاد براون ولويد (Brown , Lloyd,1975) عن نسبة راجحة ٠.٠٣٪ بين الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ و ٦ سنوات ، بينما أفاد (Kolvin & Fundudis ,1981) بمعدل ٠.٠٨٪ في مسح للأطفال في سن ٧ سنوات ، في الآونة الأخيرة ، لوحظت معدلات انتشار أعلى قليلاً ، مع تقديرات تتراوح من ١٨ ٪ بين الأطفال في سن المدرسة في السويد (Kopp & Gillberg. 1997) ، إلى ٢٪ بين طلاب الصف الثاني في فنلندا ، تم الافتراض أن التباين بين هذه التقديرات قد يكون دالة على إختلاف معايير التشخيص المستخدمة ، ولا يتم تحديد هؤلاء الأطفال في الدراسات التي تستخدم العينات الإكلينيكية لأن الأطفال الذين يعانون من SM لا يمثلون عادة "مشكلة سلوكية" (مثل: العدوانية والتحدى) في بيئة الفصل الدراسي ، وبالتالي ، غالباً لا تتم إحالتهم إلى خدمات الصحة العقلية بنفس معدل تقديم الأطفال الذين يعانون من مع اضطرابات خارجية، لذلك فإن الدراسات القائمة على المدرسة والمجتمع، والتي تميل إلى الإبلاغ عن معدلات إنتشار أعلى ، قد توفر صورة أكثر شمولية فيما يتعلق

بمعدل SM الموجود في الأطفال خارج الرعاية النفسية (Standart & Couteur, 2003) ، ولا يتم تشخيص SM حتى يدخل الطفل إلى النظام المدرسي ، بعد اعتياده فترة كبيرة الانخراط في المحادثات مع أفراد الأسرة في بيئة المنزل ، عادة ما تكون هناك فجوة بين العمر عند الإحالة والوقت الذي يدخل فيه الطفل لأول مرة إلى النظام المدرسي ، مع تقديرات تشير إلى أن عمر الطفل عند التقييم الرسمي قد يتراوح بين ٦.٥ و ٩ سنوات (Ford et al , 1998 )

كما أشار (Hayden, T.L. , 1980) أن هذا التأخر قد يكون بسبب عدم إعراف أفراد الأسرة بـ SM كحالة سلوكية تحتاج إلى العلاج بسبب معدلات الكلام الطبيعية في محيط المنزل و / أو العائلات التي تعيش في عزلة اجتماعية، بغض النظر عن السبب ، مع دخول معظم الأطفال إلى النظام المدرسي في سن ٥ سنوات ، فإن هذا يشير إلى أن الطفل المصاب بـ SM قد يقضى ما يزيد عن ٤ سنوات في إظهار كلام مقيد في بيئة الفصل المدرسي قبل إحالته ، ومن الواضح أن هناك حاجة لفحص أفضل وتحديد الأطفال الذين يعانون من SM عند دخولهم النظام المدرسي ، وخاصة مع وجود أدلة تشير إلى أن العديد من أعراض SM تحدث قبل أن يبلغ الطفل سن المدرسة ، على سبيل المثال يميل آباء الأطفال الذين يعانون من SM إلى الإبلاغ عن أن أطفالهم كانوا يتصرفون دائماً بطريقة خجولة أو منعزلة من الناحية التنموية (Garcia et al., 2004).

وتشير الأبحاث السابقة إلى أن SM أكثر شيوعاً بين الفتيات من الأولاد (Kumpulainen K, 2002); (Standart & Couteur, 2003) تتراوح نسب الإناث إلى الذكور المبلغ عنها من ٢,٦ : ١ إلى ١,٥ : ١ (Garcia et al , 2004) ، بشكل عام يعكس اختلاف نسبة الجنس والظروف المرتبطة بالقلق ، حيث تعاني الإناث عموماً من أعراض القلق أكثر مقارنة بالذكور

إن أعداد عينات SM تؤثر عادة على النسب المبلغ عنها ، إن تقديرات الانتشار التي تم الحصول عليها في البيئة المدرسية أعلى عادةً من تلك المذكورة في العينات الإكلينيكية. كما أشارت من قبل (Standard and Couteur, 2003)

ولا توجد إحصائيات دقيقة في الوطن العربي أو في مصر عن هذا الإضطراب

● مصطلحاته : قد تعددت مصطلحاته فمنهم من يطلق عليه

١. الخرس الاختياري : ( عادل الأشول ، ١٩٨٧ ) و ( عبد العزيز الشخص والدماضى ، ١٩٩٢ ) و ( خليل فاضل ، ١٩٩٦ ) و ( رشاد موسى وآخرون ، ١٩٩٩ )
٢. الصمت الإنتقائي : ( جابر عبد الحميد وعلاء كفاى ، ١٩٩٠ )
٣. البكم الاختياري ( محمود حمودة ، ١٩٩١ )

● ومن المصطلحات الأجنبية :

١. Elective Mutism (DSM-III1980, DSM-III-TR 1987)

٢. Selective Mutism (DSM-IV1994, DSM-IV-TR2000) : وهو التسمية التشخيصية في التصنيف الدولي للأمراض العاشر (منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٢) (World Health Organization, 1992)

#### • نشأة اضطراب SM:

وصف Kusmall الأعراض المميزة لـ SM لأول مرة في عام ١٨٧٧ عند توثيق حالة لم يتكلم فيها الأفراد في مواقف معينة ، على الرغم من القدرة على الكلام ، أشار Kusmall إلى الحالة على أنها "الحبسة طوعية" من أجل التأكيد على فكرة أنها كانت قرار طوعي من قبل الفرد بعدم التحدث ، وفي عام ١٩٣٤ ، استخدم ترامر Tramer مصطلح الصمت الاختياري لوصف الأعراض نفسها في دراسة حالة لطفل يبلغ من العمر ثماني سنوات على غرار وجهة نظر Kusmall بأن SM هي حالة إرادية ، وقد عكست تسمية Tramer الجديدة الإعتقاد بأن الأطفال الذين يعانون من SM كانوا يختارون عدم التحدث في مواقف معينة ، ومع نشر DSM-IV استبدل مصطلح SM محل " الصمت الاختياري أو الإنتقائي " من أجل التأكيد على أن رفض الكلام يعتمد بشكل انتقائي على السياق الاجتماعي (Standart & Couteur, 2003)

#### • التشخيص الفارق والاضطرابات المصاحبة :

يتم تصنيف SM حاليًا في قسم منفصل من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع بعنوان "اضطرابات أخرى للرضع ، الطفولة ، والمراهقة (APA,2004)

#### ١. الرهاب الإجتماعي :

يشارك اضطراب " الصمت الإنتقائي " SM في العديد من الخصائص المتداخلة مع اضطراب "الرهاب الاجتماعي" Social Phobia (SP) من الناحية التشخيصية بما في ذلك الخوف الشديد المرتبط بالمواقف الاجتماعية والسلوك الذي قد يسبب إحراج ، وتجنب الموقف مثل ، عدم التحدث علنًا في الأماكن العامة وعدم حضور مواقف اجتماعية معينة من أجل تقليل القلق ، وغالبًا ما يلاحظ نقص الخجل والقلق في بيئة المنزل ؛ (1999).

وأشار ( Kumpulainen, 2002 ) إلى أنه يجب النظر إلى SM على أنه نوع فرعي من SP بدلاً من كونها كيان تشخيصي منفصل ،، وقد تم الإبلاغ عن هذا الاتجاه في كل من الدراسات الوصفية ودراسات المقارنة مع القلق الاجتماعي غالبًا ما يُسْتَشْهَد به كأبرز سمة مميزة لـ SM ، وتشترك SM و SP في العديد من أوجه التشابه في التشخيص منها : التثبيط السلوكي ، وضعف الاتصال بالعين ، والتحفز ، التشابه بين SM و SP يضيفي مصداقية على الرأي القائل بأن SM قد تكون نوعًا فرعيًا من SP الموجودة في الأطفال ، بدلاً من كيان تشخيصي منفصل ، ولكن يرى بيرجمان ( Bergman et al, 2002 ) أن هناك إختلاف بين سن بداية ظهور الاضطرابين

( 10 SP= سنوات )؛ ( 5 SM = سنوات ) لذلك قد يكون من المعقول أكثر أن ينظر إلى SM على أنها مقدمة تنموية لـ SP ، نظراً لعمرها المبكر عن غيرها ، ويستند دعم هذا الموقف إلى ثلاثة أدلة :

أولاً: تم العثور على معدلات عالية من الخجل والرهاب الاجتماعي والتجنب الاجتماعي لدى أطفال SM كما جاء في دراسة بلاك و أهدى (Black , Uhde , 1995) أن ٩٧٪ من عينة مكونة من ٣٠ فرد من الذين لديهم اضطراب SM تم تشخيصهم بالرهاب الاجتماعي أو اضطراب التجنب في الطفولة أو المراهقة أو كليهما ، و ٣٠٪ يعانون من رهاب بسيط

ثانياً ، تشير الأبحاث إلى أن على الرغم من أنه إذا عُولج الصمت في المواقف العامة ، إلا أن الأفراد الذين تم تشخيصهم بـ SM في الطفولة غالباً ما يستمروا في النضال مع أعراض الخجل والقلق الاجتماعي في مرحلة المراهقة والبلوغ ، مما يشير إلى استمرار مستوى معين من القلق الاجتماعي على الرغم من اختفاء الصمت

قارن (Manassis et al,2003) مجموعة من ١٤ طفل SM بمجموعة من الأطفال مكونة من ٩ أطفال SP على مقاييس معيارية لتصنيف القلق ، والأختبارات الأكاديمية المعرفية " الإدراكية ومقاييس الكلام واللغة ، وتم كتابة تقرير بذلك

## ٢. مشاكل في اللغة والنطق:

أفاد تحليل ١٠٠ حالة من الأطفال المصابين بـ SM أن ٣٨٪ من عينة الأطفال المصابين بـ SM يعانون من مشاكل في النطق واللغة ، مثل مشاكل النطق ، واضطرابات اللغة التعبيرية ، أو التلعثم كما هو محدد في معايير (ICD-10) (Steinhausen & Juzi,1996) ، بينما أظهرت نتائج أخرى أن ١٩٪ من عينة مكونة من ١٥٣ فرداً مصابين بـ SM يعانون من مشاكل في الكلام واللغة ، وأن ٣٤,٦٪ ذهبوا مرة واحدة لمختص النطق واللغة ، وهذه النتائج تتماشى مع الفرضيات القائلة أن بعض الأطفال الذين يعانون من SM يتجنبوا التحدث بدافع الخوف من وجود خطأ مزعج في نطق كلمة (Ford et al ,1998)

وتشير خطوط بحث أخرى إلى أن الأطفال الذين يعانون من SM يظهرون لغة أكثر ضعف بالمقارنة مع الأطفال الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي (SP) ، في دراسة باستخدام بروتوكول تقييم موحد يقيس القلق والمهارات المعرفية غير اللفظية و اللغة الاستقبالية ، وقدرات السرد التعبيرية ، ذكرت (McInnes et al, 2004) ، أن مجموعة من ٧ أطفال SM قدموا لغة إستقبالية طبيعية ومهارات معرفية ، ولكن أنتجوا روايات أقصر وأبسط لغوياً وأقل تفصيلاً مقارنةً بأداء مجموعة من ٧ أطفال لديهم SP ، بناءً على هذه النتائج ، فإن المؤلفين خلصوا إلى أن SM قد تتطوي على عيوب لغة تعبيرية خفية لم تتم ملاحظتها كما في الأطفال الذين يعانون من أعراض القلق الاجتماعي المماثلة.

على الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من SM كانوا مشابهين لأطفال SP من حيث القلق والإنجاز الأكاديمي، أظهر أطفال SM إعاقات لغوية كبيرة. بينما النتائج من هذه الدراسات تساعد في تسليط الضوء على الفروق المهمة بين العرض الإكلينيكي لإضطراب SM و SP ، ويجب توخي الحذر في تفسير الطبيعة الدقيقة للعلاقة بين ضعف اللغة و SM على وجه التحديد ، إن الأطفال الذين يعانون من SM ، بحكم تعريفها ، التحدث غير المريح في الأماكن العامة والذي قد يؤدي بدوره إلى خبرة أقل في ممارسة لغة معبرة.

## ٣. تأخر في النمو:



إن نسبة كبيرة من أطفال SM (٦٨.٥٪ من العينة) تنطبق عليهم المعايير أيضًا لاضطراب أو تأخير في النمو (على سبيل المثال ، معرفي ، كلام - لغة ، أو تأخر حركي) ، مما يشير إلى أن SM قد تترافق مع تأخر في النمو تقريبًا بنفس قدر اضطرابات القلق، تم الإبلاغ عن نتائج مماثلة في كل من العينات الإكلينيكية الكبيرة (Cleater & Hand , 2001) ودراسات الحالة (Kolvin & Fundutis, 1981)، على الرغم من أن العلاقة السببية بين هذه الشروط لا تزال غير معروفة ، وتشير النتائج إلى أن العديد من الأطفال الذين يعانون من SM قد يعانون من مشاكل في النمو التي قد تكون مخفية في البداية من قبل صمتهم

تشير بعض الأبحاث إلى أن الأطفال الذين لديهم نقاط الضعف البيولوجية والبيئية للقلق الاجتماعي هم الأكثر عرضة للإصابة بـ SM إذا كان لديهم مشاكل في الكلام أو اللغة أو النمو (Anstendig, 1999).

٤. القلق والخوف : تشير بعض البيانات إلى أن SM قد يتم تصوره بدقة أكبر على أنه استجابة "الخوف الداخلية" ، بدلاً من السلوك المعارض (Anstendig, 1999)، فكثير من السلوكيات المعارضة ، مثل: العناد أو العصيان ، الموصوفة في دراسات الحالة لا بد أن تُفهم بشكل أفضل على أنها استجابات سلوكية للمواقف المخيفة (على سبيل المثال ، القراءة بصوت عالٍ في الفصل ؛ التحدث إلى أشخاص أو زملاء غير مألوفين). هذه الحجة تبدو معقولة استنادًا إلى الأدلة التي تشير إلى أن الأطفال الذين يعانون من SP بدون SM في كثير من الأحيان يقابلون بعمل السلوكيات المعارضة (Kristensen, 2000)

٥. سوء التكيف الاجتماعي : وبالنظر إلى أن الأطفال الذين يعانون من SM يظهرون عادة القلق والخجل و / أو العزلة ، فسيؤثر ذلك حتماً على تطوير علاقات مناسبة مع أقرانهم ، لذا قد يبدو من المعقول أن نتوقع مستوى معين من سوء التوافق الاجتماعي بين أطفال SM نظراً للأعراض السلوكية لـ SM ، فضلاً عن الأدلة التي تشير إلى وجود صلة بين القلق المتزايد وضعف الأداء الاجتماعي في الأبحاث التي تتضمن أشكالاً أخرى من القلق في مرحلة الطفولة (Wood, 2006) ، وتشير الأبحاث المتاحة إلى أن الأطفال المصابين بـ SM لا يُظهرون معدلات عالية من إيذاء الآخرين مقارنةً مع أقرانهم من نفس العمر ، على سبيل المثال ، أفاد (Kumpulainen et al, 1998) أن ١٦ ٪ من عينة أطفال SM تم رفضهم من قبل أقرانهم ، بينما تعرض ٥ ٪ فقط للتمرد. و تتسق كلا النسبتين مع بعضهم ، كما أفاد (Cunningham et al, 2004) أن الأطفال الذين يعانون من SM يميلون إلى الحصول على درجات أقل على مقياس التواصل الاجتماعي (على سبيل المثال ، تقديم أنفسهم ؛ بدء المحادثات ؛ دعوة الأصدقاء إلى منزلهم) ، وهناك حاجة إلى مزيد من البحث في هذا المجال. على سبيل المثال ، استكشف كيفية اختلاف الأطفال المصابون بـ SM عن أقرانهم الخجولين وغير المنسحبين في نموهم والحفاظ على العلاقات الاجتماعية في ضوء عدم وجود التواصل اللفظي

ولقد ارتبطت SM أيضًا بمجموعة متنوعة من الظروف النفسية للطفولة الإضافية ، على سبيل المثال ، أفاد عدد من الدراسات أن الأطفال المصابين SM يعانون من معدلات عالية من مشاكل الإقصاء (Kristensen, 2000)

وتشمل الحالات الأخرى المرتبطة بـ SM: الاكتئاب واضطرابات الهلع والانفصام والاضطرابات السلوكية الوسواسية و الوسواس القهري واضطراب أسبرجر ، بشكل عام ، تحدث هذه الحالات بشكل أقل تكرارًا في الأطفال SM مقارنة بما سبق ذكره من تأخر النمو ومشاكل القلق (Kumpulainen & Krysanski, 2003) (2002)

### • الأساليب العلاجية لـ SM :

إن استخدام أساس تشخيصي أكثر دقة وشمولية من شأنه أن يسهل جهود البحث التي تركز بشكل خاص على تحديد فعالية العلاج ، وعلى الرغم من التقدم المحرز في فهم مسببات SM - وهو موضوع رئيسي - تشير جميع الأدبيات الإكلينيكية إلى صعوبة علاج SM (Standart & Couteur, 2003)، كما لاحظ أن صعوبات العلاج قد تكون مرتبطة بحقيقة أن كتم الصوت غالبًا ما يتم تعزيزه بشكل سلبي من خلال تجاهل عدم الكلام من قبل المحيطين بطفل SM، (على سبيل المثال ، يسمح المعلم لطالب آخر بالإجابة على سؤال بعد أن لا يجيب الطفل المصاب SM على السؤال) ، العديد من استراتيجيات العلاج الحالية التي أثبتت فعاليتها مع اضطرابات القلق الأخرى وتكيفها مع SM ، أبرزها الأساليب السلوكية ، مثل التعزيز ، والحرمان من المعززات ، والإجراءات الرمزية ، تم تطبيقها بنجاح لعلاج SM (Standart & Couteur, 2003)

بالإضافة إلى ذلك ، فإن العلاج الدوائي - في الغالب - يكون بالأدوية التي أثبتت أنها تخفف من أعراض SP ، وقد تم تطبيقه بشكل متزايد على SM (Krysanski, 2003) ، على الرغم من أننا نحتاج للمزيد من البحوث اللازمة للتحقيق في فعالية كل من نهج العلاج - السلوكي والدوائي - ، بالنظر إلى أن دعم تطبيقهم مع SM يعتمد بشكل كبير على دراسات الحالة. على سبيل المثال ، سيكون هناك اتجاه مناسب للعلاج في المستقبل وهو تطوير وتقييم SM يدويًا عن طريق التدخلات القائمة على العلاجات السلوكية الموجودة بالفعل لإضطرابات القلق الأخرى

### • النظريات المفسرة لإضطراب الصمت الإنتقائي :

١. نظرية التحليل النفسي: Psycho- Dynamic Therapy تؤكد نظرية التحليل النفسي على أهمية التعامل مع حالات الأطفال ذوي اضطراب الصمت الإنتقائي باعتبار كل طفل حالة فردية يجب أن يُراعى خلالها تاريخ الحالة المرضية ويرتكز العلاج بالتحليل النفسي على محاولة فهم الأحداث الماضية في حياة الطفل والصراع بين الطفل والأسرة ، لذا اهتمت النظرية بالعلاج الأسري كأحد أهم الأساليب العلاجية والمقابلات العلاجية الفردية والعلاج الفردي باللعب Individual Playing Therapy

(Cohan, S, , et al., 2006)

٢. للنظرية السلوكية : يتم من خلالها التعامل مع الاعراض المرضية للاضطراب والإلمام بالعوامل البيئية المحيطة باستخدام العديد من الأساليب والفنيات السلوكية كالتعزيز السلبي والإيجابي ، النمذجة الذاتية ، التحصين المنهجي

الاتجاه التكاملي أكدت العديد من الدراسة النفسية أن استخدام هذا الاتجاه يعد الأفضل فاعلية والذي يستند إلى العديد من الأساليب العلاجية ( Jackson, 2005 )

### ثانيا : اضطراب القلق :

يرى مخيمر أن ظاهرة القلق تصاحب الإنسان منذ مولده فالرضيع يعيش القلق في صورة انغمار صدمة الميلاد ليتعلم أن يستأنس جزءا من هذا القلق ويستخدمه إشارة إنذار لتحريك مبدأ اللذة والألم لاستنهاض الدفاعات ( صلاح مخيمر، ١٩٧٩) ، ومفهوم القلق موجود في الكتابات الهيروغليفية المصرية القديمة وفي العصور الوسطى مثل الفيلسوف العربي على بن حزم بن قرطبة فقد أكدوا على وجود القلق كشرط أساسي للوجود الإنساني ( وحيد

مصطفى كامل ، ٢٠٠٤) ، ويُعرفه كل من Sergon English و Gerald Pearson بأنه الوجدان وهو بطانة انفعالية أو شعورية مثل الشعور بالسعادة أو الاكتئاب ، تنتج عن صراع الحاجات الغريزية بالمجتمع الذي لا يود إشباع هذه الحاجات أو يعجز دونها ( سيرجون إنجلش و جيرالد بيرسون ترجمة : فاروق عبد القادر وآخرين ١٩٥٨،

ويعد القلق الاجتماعي (Social Anxiety) من أشهر أنواع القلق وهو مرتبط ارتباطاً شديداً باضطراب الصمت الانتقائي ، ويظهر في استجابة مصحوبة بالتوتر والاضطراب عند مواجهة الآخرين

أما القلق من وجهة نظر فرويد فهي الأنا Ego هي المستقر الوحيد للقلق وهي المنظمة الوحيدة من المنظمات النفسية الثلاثة التي تشعر به وتولده ، وقد ميز التحليل النفسي بين نوعين من القلق : قلق الانغمار وقلق الإنذار

### رابعا : الدراسات السابقة:

درس (Steinhausen & Juzi,1996) الخصائص الاكلينيكي و التنموية ، والعوامل المرتبطة بعينة من ١٠٠ طفل مصابين بـ SM (يجب أن يكون اختيارياً بناءً على معايير التشخيص (ICD-10) مستخدماً مقابلة موحدة للتقييم اختيارية (على سبيل المثال ، مشاكل الكلام قبل المرض ومشاكل اللغة ؛ المشكلات السلوكية) ، وقائمة مراجعة سلوك الطفل (CBCL) ، و بناءً على المعلومات التي تم جمعها باستخدام هذه الإجراءات ، وذكر (Steinhausen & Juzi,1996) أن ٨٥٪ من الأطفال في العينة أظهروا خجلاً مقابل ٦٦٪ من العينة أظهرت أعراض قلق كبيرة (على سبيل المثال ، قلق الانفصال) ، وأشار إلى أن أعراض الاضطرابات الخارجية كانت أقل تواتراً بين العينة ، مع وجود معدلات نشاط تحدي أو عدواني في أقل من الخمس ٥/١ من العينة الإجمالية

كما ركزت عدد من الدراسات المحكمة أيضاً على العلاقة بين SM والقلق ، وكذلك دور السلوك المعارض في الاضطراب. فمثلاً، قامت كريستنسن (Kristensen,2000) بمقارنة معدلات استيعاب المشاكل الداخلية والخارجية في الأطفال الذين يعانون من SM إلى أولئك الذين لديهم عناصر تحكم متطابقة كما ذكر المعلمون وأولياء الأمور والأطفال من خلال استخدام الاستبيانات السلوكية ، ذكرت كريستنسن Kristensen أن الأطفال مع تجربة SM لديهم مستويات أعلى بكثير في مشاكل الاستيعاب عند مقارنتها بباقي الأطفال كما ذكرت من قبل المعلمين وأولياء الأمور، الأهم من ذلك ، أن مستويات السلوك الخارجي كان منخفضاً بين أطفال SM ولم يتم العثور على أي طفل مصاب بـ SM يُظهر فقط السلوك الخارجي.

تم الإبلاغ عن نتائج مماثلة من قبل كينغهام (Cunningham et al., 2004) باستخدام مجموعة من استبيانات الوالدين والمعلمين ، ذكرت أن عينة من ٥٢ طفلاً مصاباً بـ SM كانوا أكثر قلقاً ووسواساً ولديهم أعراض نفسجسمية Psychosomatic مقارنة بعينة مجتمعية من ٥٢، من نفس العمر، كما لاحظ كينغهام أن بعض الأطفال الذين يعانون من SM قد ينخرطون في الاندفاع أو السلوك المعارض في بيئة المنزل ، ولكن تميل إلى أن تكون مثبتة خارج المنزل ، علاوة على ذلك ، لوحظ أن معدلات السلوكيات المعارضة بين الأطفال الذين يعانون من SM في كل من البيئات المنزلية والمدرسية تميل إلى أن تكون متناسبة مع تلك الموجودة بشكل عام في التعداد السكاني (Cunningham et al., 2004)

أفاد المعلمون أن الأطفال الذين يعانون من SM أظهروا الإنفرادية وعدم المساهمة في الأنشطة المدرسية بالأطفال الطبيعيين ، مما يشير إلى أن الأطفال المصابين بهذه الحالة قد يظهرون على أنهم أكثر تثبيطاً في إعداد الفصول الدراسية ، هناك أدلة من دراسات المقارنة بما في ذلك مجموعات المراقبة يشير إلى أن الأطفال الذين يعانون من

SM يظهرن معدلات أعلى من الاضطرابات المرتبطة بالقلق ، ولكنهم لا يظهرن معدلات أعلى من السلوك المعارض في المنزل أو المدرسة (Ford et.al, 1998)

وقد أجرى (عبد الرحمن سيد سليمان ، ٢٠٠١) دراسة عن اضطراب الصمت الاختياري لدى الأطفال وأوضح فيها تعريفاتها وأعراضه وملامحه التشخيصية وطرق علاجه

وكانت أول دراسة عربية لـ SM قامت بها ( موزة المالكي ، ١٩٩٦) وهدفت إلى الكشف عن الفروق في مستويات التفكير الابتكاري لدى عينة من الأطفال القطريين العاديين والأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري بعد علاجهم وتكونت العينة من مجموعتين (١٠) أطفال SM و(١٠) أطفال عاديين ، وتتراوح أعمارهم ما بين ٨ : ١١ سنة وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين

#### خامسا : فروض الدراسة:

- بوجود ارتباط إيجابي بين اضطراب الصمت الإنتقائي واضطراب القلق لدى الأطفال من وجهة نظر الوالدين

#### الفصل الثالث : الإجراءات المنهجية للدراسة

##### أولا : منهج الدراسة :

اعتمدت الباحثة على "المنهج الارتباطي" باعتباره أحد مناهج البحث التي تهدف إلى وصف الظاهرة والتنبؤ بها وتفسير العلاقات بين المتغيرات محل الدراسة

##### ثانيا : عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٣ أطفال من المترددين على العيادة الخارجية بقسم الأطفال بمستشفى المعمورة للطب النفسي بالإسكندرية وتتراوح أعمارهم بين (٥ : ٨) بمتوسط = ٦,٥ ، ممن تم تشخيصهم باضطراب الصمت الإنتقائي من قبل الأطباء النفسيين في عيادة الأطفال بالمستشفى

##### حدود الدراسة :

١. الحدود الزمانية : تم تطبيق الدراسة في شهر أغسطس ٢٠٢١
٢. الحدود المكانية : تم إجراء الدراسة في مستشفى المعمورة للطب النفسي
٣. الحدود الموضوعية : اقتصرت الدراسة على دراسة اضطراب الصمت الانتقائي وعلاقته باضطراب القلق من وجهة نظر الوالدين

##### رابعا : أدوات الدراسة:

١. المقابلة الإكلينيكية: تم جمع المعلومات عن الحالات الثلاث وتقييم المعلومات الاجتماعية الديموجرافية من خلال تقرير الوالدين كجزء من مقابلة شخصية تم تحديد الحالة الاجتماعية والاقتصادية والصحة البدنية والسلوك الصحي لأطفال العينة

٢. النسخة الأسبانية من استبيان الصمت الانتقائي Spanis version fo Selective Mutism Questionnaire (SMQ) : إن SMQ هي أداة أثبتت بالفعل فائدتها في التمييز بين الأطفال الذين يعانون من SM من أولئك الذين يعانون من اضطرابات الطفولة الأخرى (Olivares&Olivares-) (Olivares,2018)

٣. تم تقييم اعراض القلق المقياس الفرعي " القلق والخجل" باختبار "كونرز" وقد اختارت الباحثة هذا الاختبار بسبب توافقه مع عنوان البحث من حيث شرط إجابة ولى أمر الطفل المصاب باضطراب الصمت الانتقائي وبيان العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي واضطراب القلق من وجهة نظر الوالدين ، ويتكون الإختبار من ٨ أسئلة تصف الشعور بالقلق والخجل ، ويتم الإجابة على أسئلة المقياس عن طريق ٤ إختيارات (أبدا= ٠ - أحيانا = ١ - غالبا = ٢ - دائما = ٣ )

#### خامسا : خطة التحليلات الإحصائية:

تم عمل معامل ارتباط بيرسون لقياس الارتباط بين اضطراب الصمت الانتقائي واضطراب القلق

#### نتائج الدراسة ودمجها بالدراسات السابقة

##### أولا : نتائج الدراسة

استبيان اضطراب الصمت الإنتقائي		معامل الارتباط	مقياس القلق في اختبار كونرز
الدلالة	معامل الارتباط		
دال	٠,٩٩٧		دال عند ٠,٠٥

تشير نتيجة الدراسة وجود ارتباط إيجابي بين اضطراب الصمت الإنتقائي واضطراب القلق لدى الأطفال وذلك من وجهة نظر الوالدين وبذلك يتحقق فرض الدراسة

##### ثانيا : مقارنة نتائج الدراسة الحالية بالدراسات السابقة:

هناك مجموعة متزايدة من الأدلة من كل من الدراسات الوصفية والمقارنة تشير إلى أن اضطراب SM و اضطرابات القلق ترتبط ارتباطا وثيقا

تتوافق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة كريستينسن (Kristensen,2000) أظهرت أن نسبة كبيرة (٧٤.١%) من العينة المكونة من ٥٤ طفل SM تبعاً لمعايير DSM-IV لديهم اضطراب القلق ، وأضافت أن العينة بأكملها قد استوفت معايير الرهاب الاجتماعي أو اضطراب التجنب بناءً على المعلومات التي تم الحصول عليها من خلال النسخة المعدلة من جدول المقابلة التشخيصية للأطفال (DISC) واستبيانات الوالدين والتقرير الذاتي ، ولاحظت أيضا أن ما يقرب من نصف أطفال العينة (٤٧%) قد استوفوا أيضاً معايير قلق إضافية للإضطرابات ، بما في ذلك قلق الانفصال والرهاب البسيط ، وقد استخدمت الباحثة استمارة " نموذج مقابلة أولياء الأمور التشخيصية المنظمة

لوالدين بناء على معايير DSM-IV ، إن نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال (٦٨.٥٪ من العينة) تنطبق عليهم المعايير أيضًا لاضطراب أو تأخير في النمو (على سبيل المثال ، معرفي ، كلام - لغة ، أو تأخر حركي) ، مما يشير إلى أن SM قد تترافق مع تأخر في النمو تقريبًا بنفس قدر اضطرابات القلق، تم الإبلاغ عن نتائج مماثلة في كل من العينات الإكلينيكية الكبيرة (Cleater & Hand , 2001) ودراسات حالة (Kolvin & Fundutis, 1981) ،

تشير الأبحاث إلى أن أقارب الأطفال الذين يعانون من SM يعانون من اضطرابات القلق بمعدل أعلى من الأفراد في الولايات المتحدة ، مما يؤدي إلى فرضية أن اضطراب SM هو قلق ينتقل عن طريق الأسرة على سبيل المثال ، أفاد (Black and Uhde ,1995) أن ٧٠٪ من أقارب الدرجة الأولى للأطفال المصابين لديهم تاريخ من الرهاب الاجتماعي ، و ٣٧٪ لديهم تاريخ من الصمت الانتقائي

تُظهر بعض الأبحاث إلى أن أقارب الأطفال الذين يعانون من SM يعانون من اضطرابات القلق بمعدل أعلى من الأفراد في الولايات المتحدة ، مما يؤدي إلى فرضية أن اضطراب SM هو قلق ينتقل عن طريق الأسرة على سبيل المثال ، أفاد (Black and Uhde ,1995) أن ٧٠٪ من أقارب الدرجة الأولى للأطفال المصابين لديهم تاريخ من الرهاب الاجتماعي ، و ٣٧٪ لديهم تاريخ من الصمت الانتقائي

### التوصيات والتوجهات المستقبلية :

هناك حاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات لتحديد تأثير SM على الجوانب الاجتماعية والعاطفية للطفل ، ويجب النظر في المستقبل في إعادة تصنيف SM على أنها حالة قلق ، ، إن إعادة التصنيف لن تؤدي إلى إزالة الغموض التشخيصي بتصنيف SM ضمن "اضطرابات الطفولة الأخرى" في DSM-IV ، ولكن تعكس بدقة أكثر التصور الإكلينيكي الحالي المرتبط بالاضطراب ضمن اضطرابات طيف القلق، وتسهيل الضوء على انتشار القلق بين الأطفال الذين يعانون من SM وبذلك ، ستعيد أنظمة التصنيف المستقبلية التركيز على البحوث المتعلقة بمسببات SM بشكل مباشرة أكثر حول الأسئلة المتعلقة بالمسار النمائي للأطفال المثبتين سلوكيا مع أو بدون الصمت ، على سبيل المثال ، إحدى الفرضيات الحالية التي يتم التحقيق فيها هي أن SM تمثل شكل أكثر حدة من SP الذي يتطور في وقت مبكر في مرحلة الطفولة (McInnes et al., 2004)

وعلى الرغم من إحراز تقدم في فهم الدور البارز الذي يلعبه القلق في SM ، فإن النظرة التاريخية والمستمرة للأطفال الذين يعانون من SM تسلط الضوء على الحاجة إلى زيادة قاعدة المعرفة فيما يتعلق بالاضطراب بين العاملين في مجال الصحة العقلية ، في المقابل سيكون مهمًا أيضًا تعزيز العاملين في مجال الصحة العقلية وزيادة الوعي بين الآباء والمعلمين فيما يتعلق بالعلامات والأعراض الشائعة لاضطراب SM للحد من التأخر الملحوظ بين بداية ظهور الأعراض لدى طفل SM وإحالاته للطبيب المختص ، وفي محيط المدرسة ، يمكن عمل محاضرات وورش عمل تتناول أعراض SM تقدم للمعلمين بعد دخول الأطفال إلى المدرسة .

## المراجع

### أولاً : المراجع العربية:

١. جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفاقي (١٩٩٠) : معجم علم النفس والطب النفسى ، الجزء الثالث : القاهرة : دار النهضة العربية
٢. خليل فاضل (١٩٩٦) : الخرس الاختيارى . مجلة العربى : العدد ٤٥٢ ، الكويت : وزارة الإعلام
٣. رشاد عبد العزيز موسى ، ربيع عبد العليم ، هانى الأهوانى ، أحمد على الكبير ، عزت عبد الله سليمان ، محروس فرحات ، ومحمد يوسف محمود (١٩٩٩) . قاموس الصحة النفسية ، القاهرة : دار النفيس
٤. عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧) . موسوعة التربية الخاصة . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية
٥. عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١) . اضطراب الصمت الاختيارى ( التباكم ) لدى الأطفال . مجلة كلية التربية – جامعة عين شمس ، ٢٥٤ ، ج ٣ ، محكمة ، مصر : درا المنظومة
٦. عبد العزيز السيد الشخص وعبد الغفار الدماطى (١٩٩٢) . قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية
٧. محمود حمودة (١٩٩١) . الطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج . القاهرة : المطبعة الفنية الحديثة
٨. موز عبد الله المالكى (١٩٩٦) . مقارنة القدرات الابتكارية بين مجموعتى أطفال عولجوا من الصمت الاختيارى وأطفال عاديين في دولة قطر . في ندوة دور المدرسة والأسرة والمجتمع في تنمية الإبتكار . كلية التربية : جامعة قطر
٩. وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٤) . علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعى لدى الأطفال ضعاف السمع . مجلة دار المنظومة . م ١٤ ، ع ١ : يناير ٢٠٠٤ . محكمة . القاهرة : رابطة الأخصائيين النفسية المصرية (رانم)

ثانيا المراجع الأجنبية:

1. American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders-** Fourth Edition: DSM-IV. Washington, DC: Author.
2. Brown, B.J. & Lloyd, H. (1975). **A controlled study of children not speaking at school.** Journal of the Association of Workers with Maladjusted Children, 3, 49-63.
3. Dummit, E.S. III, Klein, R., Tancer, N.K., Ashe, B., Martin, J., & Fairbanks, J.A. (1997). **Systematic assessment of 50 children with selective mutism.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (36), 653-660.
4. Hayden, T.L. (1980). **Classification of elective mutism.** Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 19, 118-133,
5. Kolvin, I. & Fundudis, T. (1981). **Elective mute children: Psychological development and background factors.** Journal of Clinical Psychology and Psychiatry, 22, 219-232.
6. Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). **Selective mutism: A population based study** (A research note). Journal of Child psychology and Psychiatry, 38(2), 257-262.
7. Olivares-Olivares, P. J., & Olivares, J. (2018). **Actualización de un modelo tentativo del mutismo selectivo.** Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 26, 115-140
8. Pablo José Olivares , Olivares Ángel Rosa & Alcázar Rosa Nuñez José Olivares (2020) . **Psychometric properties of the Selective Mutism Questionnaire in Spanish children** **Propiedades psicométricas del Selective Mutism Questionnaire en niños españoles** . International Journal of Clinical and Health Psychology , Volume 21, Issue 3, September–December
9. Standart, S. & Le Couteur, A. (2003). **The quiet child: A literature review of selective mutism.** Child & Adolescent Mental Health, 8(4), 154-160.
10. William G. Sharp<sup>1,2</sup>, Colleen Sherman<sup>2</sup>, and Alan M. Gross<sup>1</sup>. (2010). **Selective Mutism and Anxiety: A Review of the Current** .





Conceptualization of the Disorder. The University of Mississippi<sup>1</sup>; duPont Hospital for Children<sup>2</sup>

11. Ford, M.A., Sladesczek, I.E., Carlson, J., & Krochwell, T.R. (1998). **Selective mutism: Phenomenological characteristics**. *School Psychology Quarterly* (13), 192-227.
12. Joseph, P.R. (1999). **Selective mutism: The child who doesn't speak at school**. *Pediatrics*, 104, 308-310.
13. Kristensen, H. (2000). **Multiple informants report of emotional and behavioural problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls**. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(2), 135-142
14. Cunningham, C.E., McHolm, A., Boyle, M.H., & Patel, S. (2004). **Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism**. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (8), 1363-1372.
15. Garcia, A., Freeman, J., Francis, G., Miller, L.M., Leonard, H.L. (2004). **Selective Mutism**. In T. Ollendick (Ed.). **Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions** (pp. 433-455). London: Oxford University Press
16. Standart, S. & Le Couteur, A. (2003). **The quiet child: A literature review of selective mutism**. *Child & Adolescent Mental Health*, 8(4), 154-160.
17. Standart, S. & Le Couteur, A. (2003). **The quiet child: A literature review of selective mutism**. *Child & Adolescent Mental Health*, 8(4), 154-160.
18. Wood, J. (2006). **Effect of anxiety reduction on children's school performance and social adjustment**. *Developmental Psychology*, 42(2), 345-349.
1. American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders- Fourth Edition: DSM-IV**. Washington, DC: Author



2. Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L, Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2003). **Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety?** *Depression & Anxiety*, 18(3), 153-161
3. Anstendig, K.D. (1999). **Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking DSM-IV classification.** *J Anxiety Disorder* (13), 417-34
4. Dummit, E.S. III, Klein, R., Tancer, N.K., Ashe, B., Martin, J., & Fairbanks, J.A. (1997). **Systematic assessment of 50 children with selective mutism.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (36), 653-660
5. Brown, B.J. & Lloyd, H. (1975). **A controlled study of children not speaking at school.** *Journal of the Association of Workers with Maladjusted Children*, 3, 49-63.
6. Kolvin, I. & Fundudis, T. (1981). **Elective mute children: Psychological development and background factors.** *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 22, 219-232.
7. Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). **Selective mutism: A population based study (A research note).** *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 38(2), 257-262.
8. Steinhausen, H.C., & Juzi, C. (1996). **Elective mutism: An analysis of 100 cases.** *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (35), 265-288
9. Garcia, A., Freeman, J., Francis, G., Miller, L.M., Leonard, H.L. (2004). **Selective Mutism.** In T. Ollendick (Ed.). **Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions** (pp. 433-455). London: Oxford University Press.
10. Brown, B.J. & Lloyd, H. (1975). **A controlled study of children not speaking at school.** *Journal of the Association of Workers with Maladjusted Children*, 3, 49-63
11. Kumpulainen, K. (2002). **Phenomenology and treatment of selective mutism.** *CNS Drugs*, 16(3), 175-180.



12. Black, B., & Uhde, T.W. (1995). **Psychiatric characteristics of children with selective mustism: A pilot study.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34, 847-855.
13. Cohan, s, et al. (2006). **Suffering in Silence: Why A Developmental Psychopathology Perspective On Selective Mutism Is Needed J Of Developmental& Behavioral Pediatrics.**27(4) 341-55
14. Cleater, H. & Hand, L. (2001). **Selective mutism: How a successful speech and language assessment really is possible.** International Journal of Language and Communication Disorders, 36 (Suppl.), 126-131.



## الملاحق

الملحق أ . النسخة الأسبانية من استبيان الصمت الإنتقائي

## Spanis version fo Selective Mutism Questionnaire (SMQ)

٠=أبدا ١=نادرًا ٢=غالبًا ٣=دائمًا

دائمًا	غالبًا	نادرًا	أبدا	في المدرسة
				١. عندما يكون ذلك مناسبًا يتحدث طفلي إلى معظم أقرانه في المدرسة عندما يكون ذلك مناسبًا
				٢. عندما يكون ذلك مناسبًا يتحدث طفلي مع زملائه المفضلين (الأصدقاء) في المدرسة
				٣. عندما يطرح معلمة أسئلة يجيب عليها طفلي عند الإقتضاء
				٤. يجيب طفلي على أسئلة المعلم عن الضرورة
				٥. يتحدث طفلي إلى معظم المعلمين ، وموظفي المدرسة عندما يحين الوقت
				٦. يتحدث طفلي في مجموعات صغيرة أو أمام الفصل
دائمًا	غالبًا	نادرًا	أبدا	مع العائلة
				٧. عندما يكون طفلي في المنزل يتحدث بشكل مريح مع أفراد الأسرة
				٨. عند الضرورة يتحدث طفلي مع أفراد عائلته في أماكن غير مألوفة
				٩. عندما يكون ذلك مناسبًا يتحدث طفلي إلى أفراد الأسرة الذين لا يعيشون معه / معها (على سبيل المثال الأجداد وأبناء العلم ، وما إلى ذلك)
				١٠. عندما يكون ذلك مناسبًا يتحدث طفلي إلى والديه / والديها وإخواته عبر الهاتف عند الإقتضاء
				١١. عند الإقتضاء يتحدث طفلي إلى أصدقاء العائلة المعروفين له / لها ليلاً
				١٢. يتحدث طفلي إلى مقدم رعاية واحد على الأقل
دائمًا	غالبًا	نادرًا	أبدا	في المواقف الاجتماعية (خارج المدرسة)
				١٣. عندما يكون ذلك مناسبًا ، يتحدث طفلي إلى ١٣ أطفالاً آخرين لا يعرفونهم عند الضرورة
				١٤. يتحدث طفلي إلى أصدقاء العائلة الذين لا يعرفونهم
				١٥. عندما يكون ذلك مناسبًا يتحدث طفلي إلى طبيبه / طبيبها و / أو طبيب الأسنان عند الإقتضاء
				١٦. يتحدث طفلي إلى كاشير المتجر (سوبرماركت) أو جرسون المطعم عندما يكون ذلك مناسبًا



				١٧. يتحدث طفلي عندما يكون في النوادي أو الفرق أو الأنشطة المنظمة خارج المدرسة
--	--	--	--	---

## الملحق ٢

### أسئلة مقياس القلق في اختبار كونرز

أسئلة المقياس	غير صحيح "نادر" "أبدا" "٠"	صحيح بدرجة قليلة "أحيانا" "١"	صحيح إلى حد ما "غالبا" "٢"	صحيح جدا - كثيرا جدا "دائما" "٣"
١. خجول ويخاف بسهولة				
٢. يخاف من الناس				
٣. يخاف من المواقف الجديدة				
٤. يخاف من البقاء بمفرده				
٥. يعاني من مخاوف كثيرة				
٦. يخاف من الظلام ، الحيوانات ، الحشرات				
٧. خجول ومنطوي				
٨. متعلق بالأبوين أو بأحد الكبار				
المجموع				



## **Relationship of selective silence disorder to anxiety disorder in children from the point of view of parents**

**by**

**Somaya Hamdy Abdel Mawla**

Master's researcher, Department of Psychology - Tanta University

**Prof. Dr. Ahmed Abdel Fattah Ayyad**

Professor of Clinical Psychology and Head of the Department of Psychology,  
Faculty of Arts, Tanta University

**Dr. Tarek Mohamed Fawzy**

Lecturer, Department of Psychology, Faculty of Arts, Tanta University

### **Abstract:**

The current study aims to clarify the relationship between selective mutism in children's anxiety disorder from the point of view of parents, the study was conducted on a sample of (3) children diagnosed with selective Mutism at Al-Mamoura Psychiatric Hospital, between the ages of 5:8 and 6,5, and to achieve the goal of the research the researcher used the following tools: . Spanish version of the selective silence questionnaire Spanis version fo Selective Mutism Questionnaire (SMQ), anxiety scale questions in Conyers test, clinical interview, and after displaying definitions, symptoms, distinguishing diagnoses and therapeutic methods, the results of the study showed a positive correlation between selective silence disorder and anxiety disorder from the point of view of parents, the researcher used the link approach, and the researcher interpreted the product in light of theoretical frameworks and previous studies

**Key words :** Selective Silence Disorder – parents.